

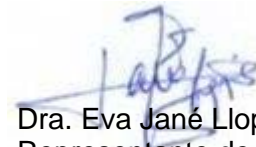
Dra Liliana Moneta
Dr Alberto Trimboli

Nos complace compartir el documento adjunto elaborado de manera conjunta por los responsables técnicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Ginebra, Suiza; la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS para las Américas, en Washington, D.C., y la oficina de país de la OPS/OMS en la Argentina.

Nos permitimos agregar que la OPS/OMS pone esta información a su disposición como parte de la cooperación técnica que presta a sus Estados Miembros. No obstante, nos permitimos indicar que la prestación de cooperación técnica no puede ni debe interferir con la decisión de sus Estados Miembros respecto de sus asuntos internos en base al principio internacional de soberanía de los estados.

En ese sentido, la provisión de esta información se realiza de forma voluntaria y sin perjuicio a los privilegios e inmunidades de la OPS/OMS y al amparo del Convenio Básico entre el Gobierno de la República Argentina y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud sobre Relaciones Institucionales y Privilegios e Inmunidades, suscrito el 16 de junio de 2005 y ratificado mediante Decreto Ley 26.256.

Con el testimonio de nuestra mayor consideración,



Dra. Eva Jané Llopis
Representante de la OPS/OMS
en la Argentina

Comentarios de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
(OPS/OMS) sobre modificaciones propuestas a la
Ley Nacional de Salud Mental de Argentina N° 26.657

Antecedentes normativos

La Ley Nacional de Salud Mental, aprobada en 2010 y reglamentada tres años después, busca promover una mejor inserción social y laboral de las personas con padecimiento mental a través de una progresiva sustitución de los hospitales monovalentes por sistemas de atención integral en red e integrados en el sistema de salud, y dispositivos de base comunitaria, garantizando los derechos civiles de sus usuarios.

La norma está alineada con el Plan de Acción Integral de Salud Mental de la OMS [1], que promueve un modelo comunitario de atención, con ejes como la integración de la salud mental en la atención primaria y hospitales generales, el desarrollo de una red de servicios comunitarios, la participación social, la coordinación intersectorial y el abordaje de derechos humanos. También se alinea con el reciente informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental de la OPS [2] y con la Estrategia para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en la Región de las Américas [3].

Dicha ley ha significado un avance regional al adoptar estándares internacionales sobre derechos humanos que Argentina ha suscrito, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [4], actualmente vigente en el país. La ley regula, entre otros aspectos, los procesos de internación involuntaria para prevenir abusos y garantizar derechos. La internación debe considerarse una herramienta excepcional frente a crisis, realizarse en períodos breves y con consentimiento informado previo.

Brechas persistentes en la implementación efectiva

La evidencia disponible a nivel regional y global sugiere que las internaciones involuntarias deben reservarse únicamente para casos excepcionales de riesgo inminente en que la persona no pueda comprender la necesidad de la medida. Asimismo, apunta a la necesidad de reemplazar las prácticas coercitivas en los servicios de salud mental por alternativas basadas en el respeto de los derechos humanos [5] y [6].

De acuerdo con la ley en vigor, los criterios diagnósticos y las decisiones sobre los tratamientos deben tomarse por el equipo de salud interdisciplinario, mientras que el rol del sistema judicial se limita a garantizar el cumplimiento de las salvaguardias establecidas para las internaciones involuntarias, las cuales constituyen la última ratio [7]. Si bien la internación involuntaria implica una restricción al derecho a la libertad personal, la ley fija causales acotadas y taxativas, así como estrictos mecanismos de control y plazos máximos [7]. Ello busca prevenir abusos y garantizar una utilización excepcional y proporcionada de dicha medida.

./.

Para responder integralmente a la problemática de la salud mental, la ley ordena sustituir el viejo modelo centrado en instituciones psiquiátricas por una red de dispositivos comunitarios, innovadores e inclusivos, a lo largo de los diversos niveles de resolución del sistema de salud [7]. Sin embargo, existe todavía una notable demora en el desarrollo de servicios de salud mental de segundo nivel de base comunitaria, en la integración de éstos a las redes de salud de primer nivel, que deberían ser la base del sistema y con hospitales generales, así como en la sustitución de los monovalentes. Por lo tanto, en la actualidad hay una brecha importante entre los contenidos de la ley y su implementación efectiva, lo que pareciera marcar la necesidad de avanzar en la activación del cumplimiento legal, el fortalecimiento de la inversión y de la respuesta sanitaria en salud mental.

Las instituciones psiquiátricas de larga estadía se han asociado históricamente a violaciones de derechos humanos, cuidados de baja calidad y pocas expectativas de mejoría e inclusión social para las personas internadas [5]. La transformación del sistema requiere reorientar progresivamente los recursos existentes desde los monovalentes hacia servicios integrados en la comunidad [8], que permitan abordajes integrales y centrados en las personas [1].

La tensión en el sistema de salud argentino deriva de que mientras disminuyen las camas en los monovalentes, los dispositivos alternativos para atender los problemas de salud mental y de consumos problemáticos son insuficientes, y buena parte de los recursos quedan restringidos a los hospitales monovalentes. Para la transformación se requiere financiamiento adecuado, destinando más fondos a la salud mental y reforzando la externación y reducción de camas en hospitales psiquiátricos [9]. El desafío es priorizar los derechos y un abordaje integral y comunitario que permita a las personas tener un futuro pleno en la sociedad [2].

Cambios a la Ley Nacional de Salud Mental

Frente a los posibles cambios sugeridos a la Ley Nacional de Salud Mental, se remarca que ciertas modificaciones podrían exacerbar las dificultades ya existentes en la implementación efectiva y contravenir estándares internacionales de derechos humanos [4]:

La modificación del Art. 5, al permitir que un Juez pueda decidir la internación sin evaluación previa del equipo interdisciplinario de salud, facilita internaciones involuntarias sin sustento científico/sanitario, y contradice el Art. 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), sobre igual reconocimiento como persona ante la ley.

La modificación del Art. 11, reduce el foco en el abordaje comunitario y habilita comunidades terapéuticas, limitando el modelo comunitario de atención y contradiciendo el Art. 19 de la CDPD sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.

./.

La modificación propuesta del Art. 20 amplía las causales para la internación involuntaria, y establece que se requiere la firma de un solo profesional, en lugar de al menos dos, como es en la actual ley, para solicitar o continuar un tratamiento involuntario. Impacta en mayor medicalización, judicialización e institucionalización. Contradice los Arts. 14 y 25 de la CDPD sobre derechos a la libertad, integridad personal y consentimiento informado.

La modificación del Art. 22, al eliminar la posibilidad de que el defensor solicite la externación, tiende a perpetuar internaciones prolongadas y limita el derecho de defensa de los usuarios, contraviniendo los Arts. 12 y 13 de la CDPD.

La modificación del Art. 23, facilita la extensión de la internación involuntaria y restringe la libertad de circulación de las personas internadas y contradice el Art. 14 de la CDPD sobre derecho a la libertad y seguridad personal.

La modificación del Art. 27, elimina la prohibición de crear nuevos monovalentes, frenando el proceso de reforma hacia un modelo comunitario de salud mental. Contradice el principio de progresividad y no regresividad en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC).

La modificación al Art. 28, habilita las internaciones en monovalentes y desplaza aquellas en Hospitales Generales, recomendadas por la ley vigente. Contradice los Arts. 19, 25 y 26 de la CDPD, sobre derechos a vivir de forma independiente, a la salud y a la habilitación y rehabilitación.

La modificación del Art. 39 cambia la composición del Órgano de Revisión, excluyendo la representación de usuarios, familiares y sociedad civil, desdibujando su función de control y protección de derechos. Limita la participación de usuarios y sociedad civil, contraviniendo los Arts. 3 y 4 de la CDPD.

La OPS/OMS reitera su compromiso con Argentina para alcanzar sus metas en la promoción, mantenimiento y cuidado de la salud mental de la población, y se pone a disposición para brindar la cooperación técnica necesaria con miras a implementar efectivamente los estándares de la legislación vigente.

./.

Lista de Referencias

- [1] Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030, refrendado por la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud en su decisión WHA74(14); 2013. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1>
- [2] Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- [3] Estrategia para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en la Región de las Américas, Resolución CD60/9, 75.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/ce17217-estrategia-para-mejorar-salud-mental-prevencion-suicidio-region-americas>
- [4] Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: ONU; 2006. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- [5] Informe Mundial sobre Salud Mental: transformar la salud mental para todos. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- [6] Bringing together the World Health Organization's QualityRights initiative and the World Psychiatric Association's programme on implementing alternatives to coercion in mental healthcare: a common goal for action; Cambridge University Press; 2024. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/bringing-together-the-world-health-organizations-qualityrights-initiative-and-the-world-psychiatric-associations-programme-on-implementing-alternatives-to-coercion-in-mental-healthcare-a-common-goal-for-action/FCF38718F1061A20CCED229C2C170588>
- [7] Ley Nacional de Salud Mental No 26.657. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina; 2010. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- [8] Resolución 43/13 del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre salud mental y derechos humanos (2020). Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/159/05/PDF/G2015905.pdf?OpenElement>
- [9] Mental health, human rights and legislation: guidance and practice. Ginebra: OMS/ACNUDH; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>